



EDITORIAL

La formación de residentes en Geriátría para los retos del siglo XXI



Specialist geriatric training to face the challenges of the 21st century

Marco Inzitari^{a,b,*} y Olga Vázquez Ibar^c^a Dirección Asistencial de Recerca y Docencia, Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España^b Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España^c Servicio de Geriátría, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

En el número actual de REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, Mateos-Nozal et al.¹, desde el grupo de trabajo de MIR de geriatría de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, presentan los resultados de una encuesta a los residentes sobre el cumplimiento de los programas de formación de los futuros especialistas en Geriátría en diferentes unidades docentes.

A pesar de algunas limitaciones (un bajo porcentaje de respuestas y una escasa representación de residentes de último año, que puedan valorar el programa de formación en su conjunto) el valor añadido de este trabajo es que recoge la perspectiva del residente (se podría definir «centrado en el residente»). Recordar que, no obstante desde las comisiones de docencia de los hospitales se realicen encuestas periódicas a los residentes sobre la capacidad docente de las unidades, el grado de respuesta también es bajo y los resultados solo se analizan comparando entre sí las diferentes especialidades que tienen acreditada docencia MIR en el mismo hospital. A nivel internacional, al contrario, el posgrado de geriatría se ha valorado sobre todo desde la perspectiva académica de directores o tutores², una visión que sería interesante tener también a nivel español.

Como premisa, destaca una vez más la escasez de oferta de plazas MIR de geriatría, en un entorno de cambio demográfico y epidemiológico ya presentes, con gran impacto futuro para la sociedad y para los servicios de salud. La atención a crónicos se está imponiendo como eje estratégico en muchos planes sanitarios, y aquí la geriatría representa un soporte especializado privilegiado en el manejo de pacientes complejos³. También en nuestro entorno, intervenciones comunitarias o de colaboración con atención primaria sugieren resultados prometedores^{4,5}. Además, la sociedad requiere con urgencia de potenciar el papel de la geriatría en «contaminar» positivamente y formar a otros profesionales y especialistas en valoración integral, toma de decisiones, planificación avanzada etc., en España como en otros países².

De los resultados del trabajo, destaca el cumplimiento tan heterogéneo de las rotaciones optativas, sobre todo extra-hospitalarias, y sorprende todavía más que algunas materias y prácticas de

éxito en resultados asistenciales todavía queden como optativas, como la ortogeriatría y los cuidados paliativos^{6,7}. Paralelamente cabría adaptar los *curricula* para proporcionar alguna experiencia en modelos innovadores, aunque todavía no implementados de forma homogénea, como la geriatría comunitaria⁸ y domiciliaria⁹ y, en general, enfatizar el potencial futuro de la geriatría extra-hospitalaria en un momento de transición hacia una medicina más proactiva, preventiva y centrada en el paciente. A nivel hospitalario, rotaciones en servicios oncológicos y quirúrgicos podrían en cambio fomentar el desarrollo de nuevos modelos colaborativos como la atención compartida en pacientes quirúrgicos o la onco-geriatría, que empiezan también a imponerse^{10,11}. En general, paralelamente a una excelente formación médica y geriátrica, parece importante estimular el contacto de los geriatras del futuro con modelos innovadores y en los cuales se está acumulando evidencia.

Aunque la formación del especialista responda fundamentalmente a una formación clínica, sobre todo en los primeros años, es manifiesta la escasa implementación y participación en actividades de investigación que refieren los encuestados. Si queremos que el nivel y el posicionamiento de la disciplina mejoren y que los geriatras contribuyan en los avances del cuidado de las personas mayores y de los pacientes crónicos, estos son aspectos fundamentales sobre los cuales se tiene que insistir más. Llamamos la atención al número limitado de comunicaciones a congresos y, todavía más, de publicaciones científicas, sin disponer de datos sobre la calidad y el impacto científico de las mismas. Este representa un punto crítico en la formación de un médico especialista, que tiene que madurar una mentalidad analítica y científica, poder interpretar y discernir la evidencia a su disposición, y tener como mínimo las bases para poder optar sucesivamente a un desarrollo investigador, paralelo a la asistencia. Probablemente, este hecho no sea aislado en la especialidad de geriatría, y se explique en parte con las limitaciones del tiempo de dedicación a la investigación en servicios con mucha presión asistencial, pero es indudable que, sin olvidar el aspecto prioritario de la formación clínica del residente, se debe reconocer y potenciar la cultura de la investigación de calidad.

En conclusión, la encuesta del grupo de MIR de geriatría de la Sociedad Española de Geriátría aporta como valor datos cuantitativos y cualitativos sobre la formación en geriatría, desde la

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: minzitari@perevirgili.catsalut.net (M. Inzitari).

perspectiva de los protagonistas. Al mismo tiempo, a pesar del nivel de formación en asistencia geriátrica, que no era el objeto de la encuesta y que sea probablemente elevado, pone el dedo en la llaga desvelando una alta heterogeneidad en algunos aspectos formativos concretos y en el ámbito de la investigación. Estos posibles puntos débiles tendrían que ser potenciados para aprovechar los escenarios de cambio en los sistemas sanitarios y acercar la especialidad al sitio que le corresponde y que la sociedad actual necesita con urgencia. Buscando raíces más profundas de algunas limitaciones en esta especialidad, recordar que la geriatría, a pesar de su enorme potencial, no es una especialidad especialmente atractiva desde el punto de vista de los números de orden en que es escogida por los futuros MIR. Probablemente continúa existiendo, como en otros países¹² un desconocimiento entre la población general del papel del especialista en geriatría, además de la heterogeneidad de la formación pregrado. Conocer la geriatría desde la Facultad de Medicina es un aspecto fundamental para integrar sus conocimientos, independientemente de la especialidad final elegida, y para despertar interés en potenciales futuros geriatras. Por último, destacar que, a pesar de las dificultades y carencias, el grado de satisfacción que expresan los residentes respecto a su formación es elevado. Debemos sentirnos satisfechos pero debemos aspirar a más y mejor, porque la sociedad y nuestra especialidad lo reclaman.

Bibliografía

1. Mateos-Nozal J, Guardado Fuentes L, Gutiérrez Rodríguez J, Ribera Casado JM. Formación especializada en geriatría: normativa actual y opinión de los residentes Rev Esp Geriatr Gerontol 2015; doi:10.1016/j.regg.2014.11.011.
2. Bragg EJ, Warshaw GA, Meganathan K, Brewer DE. National survey of geriatric medicine fellowship programs: Comparing findings in 2006/07 and 2001/02 from the American Geriatrics Society and Association of Directors of Geriatric Academic Programs Geriatrics Workforce Policy Studies Center. J Am Geriatr Soc. 2010;58:2166–72.
3. Callahan CM, Weiner M, Counsell SR. Defining the domain of geriatric medicine in an urban public health system affiliated with an academic medical center. J Am Geriatr Soc. 2008;56:1802–6.
4. Colprim D, Martin R, Parer M, Prieto J, Espinosa L, Inzitari M. Direct admission to intermediate care for older adults with reactivated chronic diseases as an alternative to conventional hospitalization. J Am Med Dir Assoc. 2013;14:300–2.
5. Monteserin R, Brotons C, Moral I, Altimir S, San José A, Santaegenia S, et al. Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: A randomized clinical trial. Fam Pract. 2010;27:239–45.
6. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, Pallardo Rodil B, Gotor Pérez P, Pareja Sierra T. Acute orthogeriatric care (II). Clinical aspects [Article in Spanish]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;43:316–29.
7. Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Espinosa-Rojas J, Pascual-López A, Tuca A, Rodríguez J. Effectiveness of palliative care services in symptom control of patients with advanced terminal cancer: A spanish, multicenter, prospective, quasi-experimental, pre-post study. J Pain Symptom Manage. 2010;40:652–60.
8. Tavassoli N, Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Sourdet S, Krams T, Soto ME, et al. Description of 1,108 older patients referred by their physician to the Geriatric Frailty Clinic (GFC) for Assessment of Frailty and Prevention of Disability at the gerontopole. J Nutr Health Aging. 2014;18:457–64.
9. Mas MA, Santaegenia S. Hospital-at-home in older patients: A scoping review on opportunities of developing Comprehensive Geriatric Assessment based services [Article in Spanish]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50:26–34.
10. Partridge JSL, Collingridge G, Gordon AL, Martin FC, Harari D, Dhesi JK. Where are we in perioperative medicine for older surgical patients A UK survey of geriatric medicine delivered services in surgery. Age Ageing. 2014;43:721–4.
11. Cesari M, Colloca G, Cerullo F, Ferrini A, Testa AC, Foti E, et al. Onco-geriatric approach for the management of older patients with cancer. J Am Med Dir Assoc. 2011;12:153–9.
12. Campbell JY, Durso SC, Brandt LE, Finucane TE, Abadir PM. The unknown profession: A geriatrician. J Am Geriatr Soc. 2013;61:447–9.